

UNIVERSIDAD PANAMERICANA

Facultad de Humanidades

Maestría en Enfoques Psicoterapéuticos



**Aplicación de Terapia Cognitivo Conductual en mujeres con síntomas de
Trastorno de Depresión Mayor episodio especificador de gravedad con Inicio
en el periparto
(Artículo Científico)**

Andrea Celeste González Peralta

Sede Cayalá, febrero 2020

Aplicación de Terapia Cognitivo Conductual en mujeres con síntomas de Trastorno de Depresión Mayor episodio especificador de gravedad con Inicio en el periparto
(Artículo Científico)

Andrea Celeste González Peralta

M.A. Vilma Eugenia Solorzano (Asesor)

M.Sc. Licda Ninet Guillermo (Revisor)

Sede Cayalá, febrero 2020

Autoridades Universidad Panamericana


Rector	M.Th. Mynor Augusto Herrera Lemus
Vicerrectora Académica	Dra. Alba Aracely Rodríguez de González
Vicerrector Administrativo	M.A. César Augusto Custodio Cobar
Secretaria General	EMBA Adolfo Noguera Bosque

Autoridades Facultad Humanidades

Decano	M.A. Elizabeth Herrera de Tan
Vice Decano	M.Sc. Ana Muñoz de Vásquez

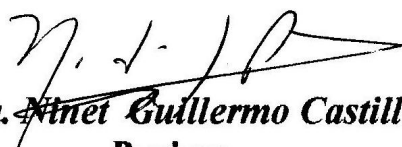
UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala, septiembre año 2019.

En virtud de que el presente Artículo Científico con el tema: **“Aplicación de Terapia Cognitivo conductual en mujeres con síntomas de Trastorno de Depresión Mayor episodio especificador de gravedad con inicio en el periparto”**. Presentada por el (la) estudiante: **Andrea Celeste Gonzalez Peralta** previo a optar al grado Académico de Maestría en Enfoques Psicoterapéuticos, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.


Licda. Eugenia de Garcia
Asesor

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala, diciembre año 2019.

En virtud de que el presente Artículo Científico con el tema: **“Aplicación de Terapia Cognitivo Conductual en mujeres con síntomas de Trastorno de Depresión Mayor episodio especificador de gravedad con Inicio en el periparto”**. Presentada por el (la) estudiante: **Andrea Celeste González Peralta** previo a optar al grado Académico de Maestría en Enfoques Psicoterapéuticos, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.


Licda. ~~Ninet~~ Guillermo Castillo
Revisor



UPANA
Universidad Panamericana
"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala, enero 2020. -----

En virtud que el presente Artículo Científico con el tema "**Aplicación de Terapia Cognitivo Conductual en mujeres con síntomas de Trastorno de Depresión Mayor episodio especificador de gravedad con inicio en el periparto**", presentado por el (la) estudiante **Andrea Celeste González Peralta**, reúne los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, esta Decanatura extiende **Dictamen de Aprobación** previo a optar grado académico Maestría en Enfoques Psicoterapéuticos, para que el (la) estudiante proceda a la entrega oficial en Facultad.

M.A. Elizabeth Herrera de Tan
Decano
Facultad de Humanidades

Nota: *Para efectos legales, únicamente el sustentante es responsable del contenido del presente trabajo.*

Contenido

Resumen	i
Introducción	ii
1. La gestación en la población guatemalteca	1
1.1 Gestación	1
1.1.1. Embarazos fuera del Matrimonio	3
1.1.2. Embarazos en adolescentes	4
1.2 Cambios físicos en el embarazo	6
1.3 Cambios psicológicos en el embarazo	8
1.3.1 Primer Trimestre	9
1.3.2 Segundo trimestre	9
1.3.3 Tercer trimestre	10
2. Trastorno de depresión mayor con inicio en el periparto	14
2.1. Depresión	14
2.2. Depresión mayor en mujeres	15
2.2.1 Criterios diagnósticos	16
2.4. Factores de riesgo	22
2.5. Síntomas del trastorno de depresión mayor con inicio en el Periparto	23
2.6. Consecuencias de la depresión mayor con inicio en el periparto	25
3. La terapia cognitivo conductual y las mujeres con depresión mayor	27
3.1. Antecedentes de la terapia de conducta y de la terapia cognitiva	27
3.2. Evolución de la terapia cognitivo conductual	29
3.3 Concepto de la terapia cognitivo conductual	32
3.4 Técnicas de la terapia cognitivo conductual	32
3.5 Escalas de detección	35
3.6. Abordaje clínico para la depresión mayor con inicio en el periparto	44
3.7 Estrategias preventivas	49
Conclusiones	52

Referencias	53
Lista de cuadros	
Cuadro No. 1 Escala de depresión posparto De Edimburgo	36
Cuadro No. 2 Cuestionario de salud de Goldberg – GHQ 121	38
Cuadro No. 3 Cuestionario Montgomery-Asberg Depression Rating Scale	41
Cuadro No. 4 Evaluación sobre la ideación suicida que pueda tener la paciente	44

Resumen

En el artículo se presentan los tipos de embarazos, cambios, físicos y psicológicos que se desarrollan en la etapa de gestación. Cada temática aporta datos importantes para la mujer que se encuentre en esa etapa, con el fin de establecer el bienestar de la mujer durante el periodo de formación del niño. Además. Se exponen las causas y síntomas, del embarazo durante y después así como los Trastorno de Depresión Mayor con Inicio en el periparto que afecta a nivel individual, familiar y social.

El tema objeto de estudio brinda información sobre la importancia del trastorno de depresión mayor en el inicio del periparto. Se desarrolla el tema del Trastorno de Depresión Mayor con Inicio en el periparto, sus síntomas, causas, factores de riesgo y las consecuencias que esto conlleva. Con esta información las mujeres podrán identificar los indicios del trastorno mencionado. En algunos casos las mujeres pueden no padecer el trastorno, sino solo cumplir con algunos síntomas dentro de los criterios que se exponen en el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V).

La importancia del tema radica en que evidencia aportes sobre la información del tema. Tanto la futura madre como la familia y medio social pueden contribuir con apoyarla y estar alertas si presenta síntomas del trastorno para buscar ayuda psicológica acompañada de atención médica. La sociedad lamentablemente no está concienciada de la importancia de buscar ayuda cuando se presentan dichos síntomas, por tal motivo es transcendental fomentar el cuidado de la mujer en el período inmediatamente anterior, durante e inmediatamente después del parto para evitar incidentes.

Se recomienda un abordaje terapéutico que puede ayudar a las mujeres en reestructurar la manera de pensar de lo que sucede para lograr tener un comportamiento adaptativo por medio de la Terapia Cognitivo Conductual a nivel personal como familiar y social.

Introducción

El trastorno de depresión mayor con inicio en el parto en Guatemala no ha sido informado y tratado como corresponde. En el interior y por cuestiones de cultura la mujer se ve obligada en ser una persona fuerte y que algunos de los síntomas los normalizan. En nuestra sociedad muchas mujeres han pasado por estos síntomas y por la falta de información no han recibido la ayuda necesaria, afectando su entorno social, familiar y personal y muchas veces han dañado física y psicológicamente a su familia. Es importante investigar sobre este trastorno y sus síntomas para informar a las mujeres los cambios en el proceso pre, peri y posnatal.

El trastorno de Depresión Mayor con inicio en el parto, así como los síntomas son señales de atención y alerta para tratar en tiempo a quien lo padece. Cuando el trastorno es grave la mujer necesita estar medicada, a este nivel de trastorno, se le conoce como tratamiento integral. La detección en tiempo da lugar a ejecutar el abordaje respectivo que se obtiene con la ayuda de profesionales/ especialistas en la materia.

Finalmente el estudio visualiza los síntomas, causas y factores que influyen en la vida de la futura madre. A saber, sobre la tristeza, bajo ánimo, melancólica, frustración entre otros. Por tal motivo se plantea la Terapia Cognitivo Conductual con el fin de modificar la manera de pensar de lo que sucede y así lograr tener un comportamiento más adaptativo.

1. La gestación en la población guatemalteca

Este tema, se fundamenta en investigaciones y estudios previos que permite lograr comprender y clarificar ideas con el propósito de mostrar y a su vez analizar sobre el Trastorno de Depresión Mayor episodio especificador de gravedad con Inicio en el periparto y así poder detectar en tiempo los síntomas para que las mujeres puedan recibir el abordaje y acompañamiento necesario. Para ello es importante ahondar la siguiente temática:

1.1 Gestación

Es fundamental tener conocimiento de la situación en el país y para continuar con el tema de gestación, se define que es el período que transcurre cuando el óvulo es fecundado hasta el momento del parto. Y durante la gestación existen procesos fisiológicos de crecimiento; el embarazo tiene duración de aproximadamente 9 meses en los cuales ocurren cambios emocionales durante y después del parto.

El período de gestación la mujer tiene modificaciones hormonales, metabólicas e inmunológicas que son perceptibles desde el inicio del embarazo. Referente al punto psicológico, la gestación es un cambio de gran impacto en la vida de la mujer, ya que la mujer debe prepararse con los recursos necesarios para que la futura madre pueda enfrentar los cambios del embarazo y del parto y así la mujer pueda ejercer el papel de madre con los cuidados del bebé y así facilitar el vínculo que se estará estableciendo con el recién nacido. Morales Marín, (2008).

Según Maldonado Durán, (2011), La futura madre necesita de la atención integral, es importante tener conocimiento de los cambios emocionales, necesidades nutricionales. Ya que en la actualidad existen índices alto de desnutrición y poder evitar complicaciones tanto en la futura madre y bebé. Teniendo un estudio se verifica si tiene o no desnutrición y así poder ver la modalidad de alimentación que debe recibir la futura madre. Es sumamente importante la nutrición, vitaminas o dieta que puede necesitar ya que durante el embarazo existen cambios fisiológicos sorprendentes y la vida emocional de la mujer cambia también durante y después del

embarazo. A continuación se enumera los tipos de embarazos ya que cada tipo de embarazo tiene sus características; embarazo Intrauterino este tipo de embarazo es el más común y frecuente, es el embarazo que se desarrolla dentro del útero, en donde el óvulo ya fertilizado se implanta en la pared interior del útero sin ninguna complicación. En el primer trimestre se desarrolla la placenta a partir del endometrio y su objetivo es unir al embrión por el cordón umbilical donde la madre lleva nutrientes al llegar al segundo trimestre ya es un feto y luego las madres le llaman por bebé. Este tipo de embarazo es por 38 y 42 semanas.

Cada mujer experimenta de diferente manera el embarazo pero existen síntomas comunes para detectarlo como: la falta de menstruación, sensibilidad en los senos, cansancio, náuseas o vómitos. Y para confirmar el embarazo las mujeres proceden a realizarse una ecografía, la mujer experimenta emociones y sentimientos nuevos que con el tiempo surgirán.

Embarazo Ectópico este tipo de embarazo se desarrolla fuera del útero, es decir cuando se produce la ovulación el ovulo llega al útero por las trompas de Falopio y es donde el espermatozoide entra dentro del óvulo quedando fecundado. Lamentablemente en este tipo de embarazo el feto no logra desarrollarse con normalidad y no sobrevive. Para mejor comprensión el óvulo fertilizado se implanta fuera del útero por tal razón no hay manera de sobrellevar el embarazo, ya que la mujer corre peligro y es necesaria la intervención con urgencia.

El tipo de embarazo se descubre en las primeras semanas pero muchas mujeres no tienen conocimiento de ello y el impacto emocional es sumamente grande ya que lo descubren después de la octava semana y el médico le indica a la mujer que el bebé no podrá sobrevivir aunque no se generaliza ya que hay casos que son insólitos. Estas pérdidas son difíciles de superar pero es importante tomar en cuenta que no siempre va a suceder así; en el futuro la mujer podrá tener embarazos saludables. Embarazo Molar: Este tipo de embarazo es de riesgo ya que el óvulo fue fertilizado de una forma anormal, en donde la placenta crece de manera desorbitada y crea numerosos quistes; por lo tanto el embrión no se forma y si sucede es imposible que sobreviva. El embarazo molar da inicio cuando el óvulo es fertilizado pero en vez que sea un embarazo

normal, como bien se indicó antes la placenta se transforma en una masa anormal con muchos quistes. La mujer al enterarse de su embarazo sus emociones son de tristeza, miedo y temor ya que en algunos casos cuando las complicaciones son muy graves esto puede provocar cáncer .Y ya procede de inmediato con el tratamiento.

También se pueden dar otro tipo de embarazos embarazo intraabdominal; este tipo de embarazos se da después de una cesárea. La cesárea se puede romper y eso hace que el feto se deslice dentro de la cavidad abdominal el embarazo superado dependerá de la edad del feto cuando suceda el desgarro. Embarazo múltiple; este embarazo sucede cuando varios óvulos son fertilizados al mismo tiempo y es por eso que hay embarazos de mellizos, gemelos, trillizos entre otros.

Embarazos de alto riesgo se considera embarazo de alto riesgo cuando la mujer tiene más de 35 años o alguna condición salud que puede afectar el embarazo. Este tipo de embarazo la mujer empieza a tener complicaciones durante los meses de embarazo; en algunos casos la medicación que este ingiriendo la mujer pueden afectar al feto, y si en embarazos anteriores ha tenido complicaciones puede que se repita. (p 5-11). En la actualidad los embarazos se pueden dan en diferente tipo de relación, y es importante tener la referencia para comprender la dinámica, el impacto en la sociedad y responsabilidad de cada rol, a continuación se detallará:

1.1.1. Embarazos fuera del matrimonio

Según Teresa Martín (2007), refiere que en la actualidad existe variedad de indicadores que permiten ver la incidencia de embarazo fuera del matrimonio. En donde cada indicador da resultandos diferentes y eso permite explorar las dimensiones y responde a las diferencias preocupaciones sociales y el impacto físico y emocional que esto ocasiona. Los cuales se mencionan a continuación:

- Número absoluto de nacimientos no matrimoniales, esto permite poder verificar la cantidad de nacimientos fuera del matrimonio. En este indicador pasa el caso a lo legal y

permite evaluar las carencias económicas, sociales, y emocionales anticipándose a la demanda siendo su fin hacer responsable al padre y madre.

- La ratio de nacimientos no matrimoniales (número de nacimientos de madre no casada por 100 nacidos): este indicador es fácil de calcular e interpretar, ya que es frecuente entre los países, regiones y población. Ya que dentro de los centros regionales y locales esta la información disponible. En diferentes casos se observa que la cultura, la familia y decisiones personales interfieren en las decisiones de tener un hijo fuera del matrimonio creando situaciones difíciles.
- La tasa de fecundidad no matrimonial (número de nacimientos por 1,000 mujeres casadas de 15 a 44 años): Es una probabilidad que una mujer no casada decida tener un hijo en el año que decida. Cada mujer llega a una edad o etapa del comportamiento reproductivo sin el compromiso de estar un hombre. Este indicador es muy relevante ya que puede existir un grado de disociación entre matrimonio o simplemente reproducción. (p 5-48), Teniendo estos indicadores el índice de embarazos fuera del matrimonio sucede y es en un promedio de mujeres jóvenes que toma la decisión de llevar a cabo la acción y en muchos casos no existe el reconocimiento paterno o bien si el reconocimiento y convivencia con el bebé.

1.1.2. Embarazos en adolescentes

Según Whitworth y Cockerill (2016), el embarazo en la etapa de la adolescencia implica fuertes consecuencias en la madre, como para el feto. La realidad a nivel mundial son 50,000 niñas adolescentes que mueren cada año durante el embarazo y en el parto, y un aproximado en las últimas indican que 1 millón de bebés mueren antes de cumplir el primer año. El embarazo en adolescentes es un problema a nivel mundial ya que está siendo más común y se presenta en varias zonas y especialmente en zonas menos desarrolladas. El embarazo en adolescentes lamentablemente no siempre es fruto de planificación de una pareja. Algunos factores causales

son: Factores de riesgo individuales se da el inicio precoz de las relaciones sexuales, maduración sexual temprana, bajo rendimiento académico, mala educación sexual, y falta de conocimientos para la planificación familiar, es decir que este factor influye en las adolescentes el no estudiar, falta de conocimiento sexual, no usar métodos anticonceptivos, el rechazo, sentimientos de soledad, baja autoestima son vulnerables a los embarazos.

- Factores de riesgo familiares la pérdida de figuras significativas en la familia y una familia no funcional. La falta de amor, atención, la ausencia de un familiar significativo crea carencia afectiva en la adolescente y no tiene conocimiento de cómo resolver y eso la impulsa a tener relaciones sexuales creyendo que al someterse recibe afecto y un amor sincero.
- Factores de riesgo sociales se incluye la delincuencia, adicciones, estrés, tabúes de la sexualidad y el amor mal interpretado de los adolescentes. La falta de educación sexual conlleva a las adolescentes a tomar decisiones no adecuadas para poder decir no al coito prematuro y donde también los factores sociales influyen debido a la delincuencia, falta de valores familiares y los tabúes de la sexualidad que no permiten hablar libremente para informar de forma clara a los adolescentes y evitar embarazos. (p 18-70),

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) Guatemala (2011), en Guatemala la gestación inicia desde los 12 años, cada año el índice de embarazos en adolescentes debido a varios factores como producto de desinformación sobre sexualidad, o por matrimonios en una edad precoz.

En otros casos el embarazo se debe a violaciones a causa en sus propios hogares. Y esto ocasiona un impacto fuerte en ellas y para la sociedad. De acuerdo a lo detallado anteriormente los factores de riesgo son: Factores de Riesgo Individuales, Factores de Riesgo Familiares y Factores de Riesgo Sociales. Y las organizaciones OPS/OMS invitan a la población, entidades civiles, hombres con deseos de apoyar y a las mismas para que puedan ser agentes de cambio en cada

comunidad, implementar programas de educación formal, educación sexual en las escuelas, crear ambientes de diálogo para los jóvenes. Y adicional formar profesionales médicos y psicólogos.

En resumen, el embarazo en adolescentes se debe a la falta de información sobre la anticoncepción en la población o la manera que está experimentando la sexualidad acelerada y más temprana por tal razón existen los embarazos no planificados. En donde experimentan malestares físicos como náuseas, infecciones, malestar y mareos, desnutrición, anemia, hipertensión arterial y malestares emocionales como miedo, tristeza, preocupación, enojo entre otros los cuales afectan al bebé y repercusiones durante el embarazo y después del parto mostrando síntomas de la depresión mayor.

1.2 Cambios físicos en el embarazo

Según Maldonado Durán, (2011), durante el embarazo el cuerpo de la mujer tiene que pasar por el proceso de adaptación para dar espacio al feto y a la vez para la lactancia. En algunas ocasiones este proceso puede ocasionar molestias. A continuación se mencionan las más frecuentes:

- Náuseas y vómitos: La hormona gonadotropina coriónica aumenta y provoca Náuseas y vómitos y es producida al inicio del embarazo. También pueden aparecer alteraciones del olfato y el gusto, algunos sabores y olores resultan desagradables. Digestiones “pesadas” y “ardores” de estómago: Se hace más lenta la digestión debido al aumento del útero, ya que el estómago se mueve hacia arriba y el intestino se mueve hacia atrás provocando mala digestión.
- Estreñimiento y flatulencia (“gases”): Es causado por el enlentecimiento en el vacío del estómago y en el movimiento del intestino, por tal razón provoca gases. Hemorroides: Esto sucede al final del embarazo, ya que la cabeza del bebé hace presión en los vasos

sanguíneos perianales. El estreñimiento provoca las hemorroides y las molestias son más fuertes.

- Aumento del número de micciones: Sucede en los primeros y últimos meses de embarazo, debido a la presión que sujeta sobre la vejiga y el útero por tal razón accionan el orinar con frecuencia. Aumento de la cantidad de flujo (secreción vaginal): Importante evitar la humedad en la zona, ya que facilita las infecciones. El cambio de ropa interior debe ser constantemente, mantener la zona lo más seco posible y baños a diario.
- Mareos y tensión baja: Sucede al colocarse con posición boca arriba y al tener presión el útero sobre la vena cava inferior provoca los mareos por la tensión baja. Varices y edemas: Aparecen en las piernas ya que tiene obstaculización el retorno venoso. Calambres: Ocurren por la falta de calcio.
- Congestión nasal: Aumento de estrógenos Dificultad de respiración: Sucede cuando el diafragma se desplaza hacia arriba. Lumbalgia: Debido a la presión que el útero ejerce en la columna y la curva más de lo normal es que ocurren las molestias a nivel lumbar. Aumento de tamaño en las mamas: Eso ocurre ya que se están preparando para la lactancia. Y al final del embarazo los pezones se tornan más duros junto con la areola y un color más oscuro.
- Caries dental: Sucede en el embarazo debido a la disminución del pH de la saliva, por tal razón hay más riesgos de aparición de caries y se recomienda extrema higiene y visitar al dentista. Estrías: Esto no provoca alguna molestia física pero resulta antiestético. Se debe al estiramiento que sufre la piel en el abdomen y en las mamas. Influye mucho los factores genéticos y deshidratación en la piel.
- Otros cambios cutáneos: En el embarazo es normal la aparición de manchas en la cara y una línea más pigmentada desde el pubis hasta el ombligo. Y suelen desaparecer después de la recuperación del parto. (p 7-12), Según Maldonado Durán (2011), Las manifestaciones físicas mencionadas impactan de diferente manera a cada mujer, y entre

otros cambios comunes se puede mencionar: que en el embarazo normal lo que puede aumentar la mujer son entre 11 y 16 kilogramos de peso, el 40% estimado del incremento se atribuye entre el peso del feto, la placenta y el líquido amniótico lo demás ya es el peso de la mujer, tamaño del útero, volumen sanguíneo, glándulas mamarias, líquido intersticial y tejido graso. La nutrición de la madre influye mucho en el peso del feto, entre menor sea el peso mayor es su riesgo de mortalidad. Por eso es la importancia de la buena alimentación y vitaminas.(p 9-11),

1.3 Cambios psicológicos en el embarazo

Según Maldonado Duran (2011), En el embarazo ocurre una serie de cambios físicos, en la vida intrauterina el feto se encuentra inmerso en líquido amniótico, sino también el impacto emocional que ocurren en la mente de la madre. Es una tarea psicológica que tiene la mujer para convertirse en madre, se le conoce como parentalidad. Es un período de expectativas positivas, felicidad y retos emocionales. Existen dificultades sobre el futuro, la expectativa de los futuros padres, las personas que les rodean ya que se espera que sea un período de mucha alegría. (p 9-10),

Según M. J. Cabañas (2009), en la gestación los futuros padres tendrán que hacer varias modificaciones y ajustar en la manera de pensar y en el estilo de vida. La madre ya no pensará solo en sí misma, sino en “nosotros” en ella y su hijo o hija. Al recibir la noticia de estar embarazada inicia el apego de la madre hacia el hijo, para muchas niñas es una fantasía ser madre y por tal razón el apego inicia en el momento. Al saber que la mujer estaba embarazada existe una mezcla de sentimientos, como la felicidad hasta tener sentimientos de miedo, inseguridad o algún tipo de rechazo. En muchos casos las mujeres tienen un grado de ambivalencia aun cuando desean al bebé. (p 4-14),

Teniendo la confirmación del nuevo estado de la mujer, los procesos emocionales empiezan a desencadenarse lo cual la ayudarán a prepararse a lo que viene. En el pasado no había tecnología y la madre sabía que su bebé estaba vivo a los 4 meses cuando ya sentía los movimientos. Pero en

estos tiempos se puede tener el monitoreo a partir de la fecundación. A continuación se detalla los cambios psicológicos por trimestre para una comprensión más completa:

1.3.1 Primer trimestre

La futura mamá vive momentos de una gran fluctuación emocional. Los cambios se presentan más en la sexta y decima semana. Es normal que experimente ansiedad, cambios de humor, sienta cansancio, agotamiento, somnolencia. El hecho de aceptar la nueva situación lleva su proceso y es muy frecuente experimente temores sobre tener la capacidad de sobrellevar la situación.

Hasta la mujer segura puede convertirse en frágil, experimentar cambios de humor bruscos que estar riendo y terminar llorando, expresar felicidad y luego mal humor. En otros casos algunas mujeres experimentan síntomas físicos que son importante como vómitos, náuseas matinales, mareos, mala digestión. Y con el tema de la apetencia sexual también disminuye ya que la mujer tiene cansancio, los malestares físicos, temores al dañar el feto.

La comprensión de la pareja es sumamente esencial para sobrellevar estos cambios que produce la gestación. Por tal razón es el deseo de sentirse atendida por otros, creando dependencia con las personas que la rodean y eso hace que tenga conductas que devengan mucho cuidado y atención especial. Por tal motivo a las futuras madres se les desarrolla los deseos de consumir alimentos especiales y se apoyan en la pareja para obtenerlo.

1.3.2 Segundo trimestre

Su característica principal ser un periodo de tranquilidad, los cambios hormonales ya han logrado tener estabilidad, la futura mamá ha tenido tiempo para poder adaptarse a la gestación. Se permite tener fantasías y meditar sobre el bebé que tiene dentro de su cuerpo habla toca su vientre y siente los movimientos de su bebé, tiene pensamientos de cómo va a ser su hijo, a quien tendrá

parecido. Y es común que tenga sueños sobre cómo será, posibles nombres, color de sus ojos, el carácter y en fin varios aspectos que la emocionan más con el bebé.

La mujer realiza un arduo trabajo psicológico en la adaptación y lo divide en 3 etapas. Etapa 1 “Estoy embarazada” lo que le pasa solo a ella y su cuerpo. Etapa 2 “Estoy esperando un bebé” donde reconoce que dentro de su vientre está creciendo otro ser distinto a ella. Etapa 3 “Estoy esperando un bebe de...” incluye además del bebé al padre y le da lugar al sentimiento de paternidad.

1.3.3 Tercer trimestre

Regresan las dificultades anímicas por el volumen del vientre lo cual cierto bienestar a la futura mamá. Las consecuencias pueden ser como: periodos de sueño más interrumpidos, despertándose varias veces durante la noche. Existe más tensión y emoción ya que la llegada del bebé está cerca y psicológicamente la tarea es preparar y hacer un lugar que existirá en la familia en conjunto.

El hacer lugar tiene un gran significado ya que esta la fase donde la mujer hace cambios a usar ropa de maternidad, las actividades disminuyen, se da el permiso de tener más descanso, síntomas como dolores de espalda y otros que le recuerda que esta en gestación. También puede existir la ausencia de síntomas y el sentimiento “Como si no lo tuviera” ya son signos de negación psicológica del embarazo. Muchos autores hacen referencia que el embarazo es un estado crítico de alta sensibilidad psicológica.

Según Bydlowsky, (2011) afirma, como un estado de relativa transparencia psíquica, en donde los sentimientos, recuerdos, conflictos, temores del pasado se colocan a un alto nivel de la superficie de la vida mental con mucha facilidad. Es por eso que muchos especialistas en esta área piensan que esta etapa de la vida es de más fácil comprensión debido a las necesidades y conflictos de la pareja o mujer y es más factible las intervenciones psicológicas en ese periodo ya

que tienen más comprensión y aceptación de lo que sucede y será una terapia productiva y con cambios.

Es un reto fuerte el embarazo para la futura madre ya que algunas reviven los conflictos que aún no han logrado solucionar y cerrar, y ahora que será madre es donde surgen los viejos sentimientos, tensiones muy latentes. Lo que quiere decir que el hecho de convertirse en madre el modelo mental son de sus propias experiencia de la infancia como hija. En los diferentes casos puede que la relación fue llena de conflictos o falta de cuidados de parte de la figura materna, por eso puede existir dificultad para hacer la transición.

Lo que sucedió en el pasado de la mujer repercute en su presente afectando de gran manera su proceso, la frustración, tristeza, enojo surgen en algunas mujeres y muchas veces no saben cómo pedir ayuda y lo dejan pasar, sin saber el daño que se están haciendo. Otra observación psicodinámica muy recurrente es cuando la mujer en gestación manifiesta un grado de regresión emocional. Existe una tendencia a ser dependiente de los demás, las emociones son más intensas y como bien se ha indicado necesita apoyo emocional de las personas que la rodean.

Se podría decir un grado de cuidados maternos para ella misma. Y lo puede realizar su propia madre, tía, suegra, hermana, amigas o el esposo o compañero. También se pueden presentar trastornos psicosomáticos como: La depresión es uno de los principales problemas que aparece en el embarazo y después del parto. Existen factores de riesgo que desarrollan la depresión, son: Depresión previa, historia familiar, situación social o bien el embarazo no deseado.

La depresión cuando surge en el embarazo se asocia a un retraso del crecimiento fetal o prematuridad, ya que el peso aumenta y no es lo adecuado debido a la alimentación no adecuada. El tratamiento de la depresión si es leve no es necesario los fármacos. Si los síntomas de la depresión se extienden más a los 3 meses si será necesario el tratamiento farmacológico.

La tristeza y la desesperación son los síntomas más fuertes de la depresión, y en ocasiones es difícil detectar debido al embarazo ya que se pueden confundir con los síntomas del embarazo

(Los trastornos de apetito y del sueño, cambios de peso, ambivalencia emocional, pérdida de propia identidad). La desconformidad de la imagen corporal y los estándares altos que propone la sociedad que maneja la sociedad hacen que la mujer oculte su malestar y evite pedir apoyo ya que viene el sentimiento de culpabilidad por no ajustarse a la expectativa.

Los síntomas que caracterizan a la depresión en el embarazo son:

- Tristeza persistente y tendencia al llanto
- Dificultades para concentrarse y ansiedad
- Trastorno en el sueño
- Apatía y pérdida de interés por las actividades diarias
- Pensamientos recurrentes negativos
- Sentimientos de culpa
- Alteraciones del apetito
- Cansancio extremo
- También puede aparecer los ataques de ansiedad, pánico, pensamientos obsesivos negativos incluso tendencia suicidas. (p 22-30)

En Latinoamérica en la mayoría de las culturas es normal y común la población gestante y lamentablemente no se cuentan con las herramientas, información y en algunos lugares urbanos no cuentan con red de apoyo para tener el acompañamiento necesario y afrontarlos de la mejor manera. Ya que muchas mujeres tristemente lo enfrentan solas y no de la manera correcta. (Maldonado Durán, 2011)

A continuación se enlistan algunos estados emocionales que provoca el embarazo:

- Euforia y tristeza; el saber que está esperando un bebé la mujer está llena de felicidad y recibe las felicitaciones de los demás con felicidad pero luego al estar sola es la única que tiene que lidiar con el malestar físico y es cuando siente tristeza . De la Risa al llanto; sucede debido a los altibajos hormonales que sufren los neurotransmisores y son los

responsables.

- Miedo y Ansiedad; el miedo a lo desconocido y ansiedad al no saber si todo va a salir bien o si es normal el proceso. Despistes y olvidos; es normal que suceda ya que el enfoque es otro y lo importante es mantener la calma y no darle importancia. (p 6-7),

2. Trastorno de depresión mayor con inicio en el periparto

Este capítulo, se fundamenta en investigaciones y estudios que permite la comprensión y a su vez analizar la problemática derivada al impacto emocional, repercusiones a nivel social y familiar de los síntomas de Trastorno de Depresión Mayor con Inicio en el Periparto. Para comprender el tema, es importante conocer la definición de Depresión, Depresión Mayor y Periparto.

2.1. Depresión

Según la Organización Mundial de las Salud (OMS) (2017) la depresión es un trastorno mental frecuente, con características de tristeza, falta de interés o pérdida de placer, autoestima baja, sentimientos de culpa, alteración del sueño o apetito, fatiga y falta de concentración. La depresión puede convertirse en grave o leve, ocasionando impacto negativo en la área laboral, académica, familia y la capacidad de afrontamiento del día a día. En la modalidad grave, puede conducir al suicidio, leve puede ser tratado sin necesidad de medicación pero cuando es de carácter moderado o grave si existe la posibilidad de medicamentos y el acompañamiento de psicoterapia profesional.

Según el Instituto Nacional de la Salud Mental ((NIMH) (2015) todos han experimentado o bien en la actualidad experimentan sentimientos de tristeza o melancolía siendo sentimientos que normalmente son pasajeros y con el tiempo disminuyen o desaparecen. Pero todos los casos son diferentes y únicos, ya cuando una persona le afecta en la vida diaria, desempeño en las diferentes áreas que se desenvuelve ya se caracteriza por trastorno depresivo. Y esto repercute en el estado anímico de quien lo padece y de las personas que la rodean. La depresión con el tiempo y los avances se ha convertido en un padecimiento común y grave ya que debe recibir el tratamiento adecuado para superarlo.

Con lo anterior expuesto, la depresión es un padecimiento que está afectando el funcionamiento de las personas, y el impacto fuerte que ocasiona tanto en la persona como en la familia o su red social. Muchas veces por falta de información o investigación no se detecta lo que sucede con la persona y para poder comprender y tener más conocimiento sobre el tema. Se estará tratando sobre la depresión mayor en las mujeres, es decir los cambios que experimentan las madres durante y después del embarazo como los cambios emocionales y físicos que muchas personas normalizan pero son síntomas claves para que pueda recibir el apoyo y acompañamiento necesario.

Es importante saber que el Periparto comprende al período inmediatamente anterior, durante e inmediatamente después del parto. Por tal razón se define como Trastorno de Depresión Mayor con inicio en el periparto ya que engloba el antes, durante y después del parto. A continuación se presentará la definición del trastorno, criterios diagnósticos, características, síntomas, factores, causas con el propósito de analizar y prestar más atención a lo que sucede en cada futura madre.

2.2. Depresión mayor en mujeres

Según el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), se caracteriza por episodios determinados de al menos dos semanas de duración (aunque la mayoría de los episodios duran bastante más) que implican cambios claros en el afecto, la cognición y las funciones neurovegetativas y remisiones interepisódicas. Es decir cuando la mujer se siente triste, con bajo ánimo, melancólica, infeliz, ira, frustración son sentimientos que interfieren en la vida cotidiana durante un período largo de tiempo. Afecta a los familiares, medio laboral, hábitos de sueño, alimentación y la salud en general.

2.2.1 Criterios diagnósticos

Los criterios diagnósticos ayudan a conocer la gravedad de los síntomas y poder clasificar de una manera asertiva. Es importante conocer más a profundidad las características de los criterios y poder comprender de mejor manera el trastorno. Los síntomas de los criterios diagnósticos lo ideal sería que aparecieran cada día para poderlos considerar, con la excepción del cambio de peso y la ideación suicida. Debería de haber ánimo deprimido la mayor parte del día. A menudo los síntomas de presentación son el insomnio y la fatiga, y el trastorno se infradiagnostica sino se reconocen los otros síntomas depresivos acompañantes. Al inicio la paciente quizá niegue que esta triste pero la tristeza se puede reconocer a través de la entrevista o la expresión facial/Conducta.

En los pacientes que se centran en una queja somática, los clínicos deberían determinar si el malestar es de esa queja o se asocia a síntomas depresivos específicos. Aparece fatiga, alteración del sueño en la mayoría de los casos, alteraciones psicomotoras son mucho menos frecuentes pero son indicativas de una mayor gravedad global al igual que la presencia de una culpa delirante o casi delirante.

Los criterios y características que propone el DSM-5 para diagnosticar el Trastorno de depresión mayor son:

Criterio A: Uno de los rasgos principales del episodio depresivo mayor es un período de tiempo de al menos dos semanas durante el cual existe ánimo depresivo o pérdida del interés o del placer en casi todas las actividades. Para que se pueda tomar en cuenta un síntoma como parte de un trastorno depresivo mayor debe ser nuevo o debe haber empeorado claramente en comparación con el estado de la persona antes del episodio.

Los síntomas deben permanecer la mayor parte del día, casi a diario, durante al menos dos semanas consecutivas. El episodio debe estar acompañado de malestar clínicamente significativo alterando el funcionamiento social, y otras áreas de importancia. Algunas pacientes con episodio leve, el funcionamiento se puede ver normal pero requiere de un esfuerzo notablemente elevado.

Si la mujer cumple con cinco o más de los siguientes síntomas, y han permanecido durante dos semanas y ha tenido impacto en el funcionamiento previo. Y al menos uno de ellos debe ser el estado de ánimo depresivo o pérdida de interés o placer:

- Criterio A1 estado de ánimo depresivo la mayor parte del día: Se encuentra la persona que es a menudo deprimido, desanimado, triste, desesperanzado. También se pueden caracterizar que las personas somatizan como ejemplo dolores y sufrimientos corporales en vez de manifestar sentimientos de tristeza, y hay pacientes que refieren tener aumento de irritabilidad con ira, frustración y culpa.
- Criterio A2 disminución del interés o placer en todas o casi todas las actividades provocando un grado bajo de satisfacción. Criterio A3 aumento o pérdida significativa de peso, o disminución o aumento del apetito. La alteración del apetito puede producirse en forma de disminución o de aumento. En algunas cosas indican que tiene que forzarse para comer y otros tiene ansias por comer determinado tipo de comida.
- Criterio A4 Insomnio (a menudo insomnio de mantenimiento del sueño) o hipersomnía. Existen alteraciones del sueño y se puede presentar como dificultad para dormir o sueño excesivo. Al existir insomnio, normalmente se presenta como insomnio medio ejemplo la paciente se puede despertar a media noche y luego tener dificultades para dormir.

También está el insomnio precoz que es dificultad para quedarse dormido, y sueño en exceso que se pueden presentar en períodos de sueño prolongado ruante la noche y un aumento de sueño durante el día.

- Criterio A5 agitación o retardo psicomotor observado por otros (no referido por el mismo paciente). En los cambios psicomotores se puede manifestar como la incapacidad de sentarse y estar quieto, caminar de un lado a otro , retorcerse las manos, tocar o frotarse la piel, la ropa u otros objeto, también la identificación como en el discurso , pensamiento y movimientos corporales, pausas, aumentos o disminución del volumen los cuales son observables.
- Criterio A6 fatiga o pérdida de energía. Es común que exista y existe reducción de eficiencia en las tareas a ejecutar. Criterio A7 sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva. Esta el sentimiento de inutilidad o de culpa que se presenta en el episodio depresivo mayor en donde se incluye evaluaciones negativas, fuera de la realidad, valía propia, preocupaciones y pensamientos repetitivos sobre errores del pasado, son las personas que malinterpretan lo que sucede y tienen un exagerado sentido de la responsabilidad hacia acontecimientos inapropiados.
- Criterio A8 capacidad disminuida para pensar o concentrarse, o indecisión. Es decir pensar o tomar pequeñas decisiones, fácilmente se distraen o se quejan de problemas de memoria. Criterio A9 pensamientos de muerte o ideas suicidas o los intentos de suicidio son frecuentes los pensamientos de muerte, ideas suicidas o intentos de suicidio, en este criterio se incluyen desde un deseo de no querer despertar a la mañana siguiente, pensamientos que los demás estarán mejor si deja de existir pero son recurrentes de cometer suicidio o tener un plan específico.

- A. Los síntomas causan malestar significativo en el área social, laboral u otras áreas importantes.
- B. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica. Si la persona cumple con los criterios A-C se identifica con episodio de depresión mayor. También es importante hacer referencia si existe una pérdida significativa, como duelo, enfermedad, pérdida por algún desastre natural, económica o discapacidad grave estas situaciones provocan sentimientos de tristeza, rumiación por la pérdida, falta de apetito, insomnio y pérdida de peso los cuales se mencionan en el Criterio A se puede caracterizar por episodio depresivo. Y de igual manera estos síntomas se pueden considerar parte de la pérdida, también se debe analizar si es depresión mayor. Por tal razón es importante lo observable, historia clínica y la cultura. En el Criterio B el episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante u otro trastorno especificado o no especificado del aspecto de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. En el Criterio C no hay aparición de un episodio maníaco o hipomaníaco.

Cada criterio tiene sus características para poder diferenciar y ubicar a la paciente de una forma correcta y segura. También se tiene que tomar en cuenta el especificador de gravedad y el curso del trastorno, los cuales son: Leve pocos a ningún síntoma más que los necesarios para cumplir los criterios diagnósticos, la intensidad de los síntomas causa malestar, pero es manejable, y los síntomas producen poco deterioro en el funcionamiento social o laboral.

Moderado el número de síntomas, la intensidad de los síntomas y/o el deterioro funcional

están entre los especificados para “leve” y “grave”. Grave el número de síntomas supera notablemente a los necesarios para hacer el diagnóstico, la intensidad de los síntomas causa gran malestar y no es manejable, y los síntomas interfieren notablemente en el funcionamiento social y laboral.

Según American Psychiatric Association, DSM-5, Manual de Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales, (2014) refiere que un profesional tiene la capacidad de diagnosticar ya que los síntomas son amplios y puede variar en cada mujer, no a todas se les puede desarrollar de la misma manera. Por lo tanto puede ayudar a terminarlo si es depresión con inicio en el periparto o bien por otro factor. Por eso se recomienda que una vez la mujer padece de algunos de estos síntomas mencionados debe acudir inmediatamente con un profesional médico o profesional de la salud mental.

Al tener enlistado los criterios es más funcional hacer el check list si la futura madre cumple con los criterios para poder ubicarla en el trastorno Depresivo Mayor con Inicio en el Periparto y así luego comprender las características que componen cada criterio, síntoma y como profesional prestar atención desde la primera sesión, información que se obtiene por medio de la entrevista y gestos corporales que darán indicios destacados para prestar atención.

2.3. Causas de la depresión mayor con inicio en el periparto

Existen muchas causas de la depresión mayor con inicio en el periparto, esto se debe ya que los cambios en los niveles hormonales durante y después del embarazo afectan el estado anímico de la mujer y a la vez hay factores diferentes a los cambios hormonales que se comprenden en el periodo como: Los factores físicos, emocionales y de estilo de vida los cuales tienen un rol muy importante y para mejor comprensión se detallará cada uno a continuación.

Según Mayra Chávez (2008), refiere:

- Los cambios Físicos después del parto las hormonas estrógeno y progesterona caen y por tal razón contribuyen al desarrollo de la depresión. Existen otras hormonas que son producidas por las glándulas tiroideas que también caen con facilidad y esto produce sensación de cansancio, agotamiento, desaliento, cambios en la presión arterial, el metabolismo y el sistema inmunológico contribuyen al cambio de humor y fatiga.
- Los Factores Emocionales al tener muchos problemas o situaciones difíciles, falta de sueño, falta de manejo de los problemas más pequeños e insignificantes, la madre puede manejar ansiedad sobre su capacidad de cuidar al bebé. Puede sentir que pierde el control de su propia vida, los cuales dichos factores contribuyen a la depresión.
- Influencias del Estilo de Vida y disponer de menos tiempo libre existen muchos factores de estilo de vida que pueden ser parte de la depresión, entre los que se puede indicar son: Bebé exigente o hermanos mayores, que el bebé tenga dificultades para la lactancia, dificultades económicas, falta de comprensión y apoyo de su pareja u otros seres queridos. Un hijo requiere de mucha atención y cuidado durante todo el día, por tal razón la madre tiene un cambio drástico en su tiempo libre y actividades que normalmente hacía a diario, y esto mismo le puede causar estrés, frustración o malestar.
- Inseguridad algunas mujeres experimentan excesiva preocupación por la capacidad de ser madres, se pueden sentir poco preparadas, incapacidad de manejar la situación y la responsabilidad que conlleva tener un bebé, lo cual puede conducir a situaciones con mucha tristeza, estrés, ansiedad y frustración.

También se puede agregar que algunas mujeres que no experimentan síntomas de la depresión

se debe a las hormonas, relación familiar, relación de pareja, tiene comunicación con su red de apoyo en comentar cómo se siente, ha tenido acompañamiento en cada proceso o situación que se le ha presentado.

2.4. Factores de riesgo

Existen diferentes circunstancias las cuales son factores que influyen en las mujeres para que sean más propensas a padecer depresión mayor con inicio en el periparto a comparación que otras mujeres. A continuación se detallaran algunos factores de riesgo que incrementan la posibilidad de padecerlo:

Jose M. García (2013), refiere:

- El embarazo no es planeado: Si el embarazo no es deseado, esto genera sentimientos negativos hacia el bebé, teniendo condicionado el estado de ánimo de la madre a partir que se enteró que está embarazada y con probabilidades altas de sufrir el trastorno.
- La madre tiene menos de 20 años o se trata de un embarazo precoz.
- La madre ya ha sufrido depresión: Teniendo ya cuadros de ansiedad o alteraciones psicológicas como el trastorno bipolar.
- Consumo de alucinógenos, alcohol y otras drogas: son factores que son riesgo para desarrollar depresión y a la vez puede afectar gravemente a la salud del bebé y la madre.
- La madre vivió una situación difícil y negativa durante el embarazo o parto: Complicaciones, parto de emergencia, enfermedades congénitas, o muerte de personas con gran significado.
- La madre no recibe apoyo familiar o tiene problemas de otro tipo como económico, amoroso entre otras situaciones que le pueden estar afectando.

Martín Duran (2008), refiere que si la madre es de una edad muy avanzada y tiene antecedentes en embarazos anteriores la posibilidad aumenta, ya que su tratamiento puede ser con fármacos aunque está en período de lactancia. Si por diferentes razones de la vida la madre presentó algún tipo de depresión, antecedentes familiares o experimentar embarazos complicados en la cual pasó tiempo en reposo u hospitalizada, son elementos que elevan la posibilidad de depresión. La edad como bien se menciona, las mujeres están optando por ser madres ya en una edad mayor y esto ayuda al incremento de depresión. Ya que en ocasiones es por dificultades de quedar embarazada y ha recurrido a tratamientos para conseguirlo.

Y este tipo de procesos son fuertes y desgastantes, por lo que la ansiedad se dispara para ser un factor de riesgo. Estos son factores que los catalogan de riesgo para que la mujer desarrolle depresión mayor con inicio en el periparto. Cada factor de riesgo es importante tenerlos en cuenta ya que influyen en las mujeres o futuras madres en padecer este trastorno y ayuda con la comprensión en caso sea positivo el trastorno y saber sobrellevarlo.

2.5. Síntomas del trastorno de depresión mayor con inicio en el Periparto

Según José García (2013), refiere que la depresión sucede durante el embarazo y continúa después de haber tenido al bebe, y puede tener una duración de semanas o varios meses. Cuando es leve se puede afrontar con apoyo familiar, amigos y acompañamiento psicológico pero cuando es más severo puede necesitar de un doctor para medicar, teniendo siempre el acompañamiento terapéutico. La frecuencia que lo experimenta es de 10 -15 de cada 10 mujeres que tienen hijos, puede ser más frecuente ya que lastimosamente algunas mujeres no buscan ayuda y no expresan lo que siente, y sin el tratamiento correspondiente puede durar muchos meses.

A continuación se detallara los síntomas con definición para mejor comprensión:

- Deprimida, desanimada , desdichada : La mayoría del tiempo o en muchos casos todo el tiempo , puede experimentar sentirse peor en momentos exactos durante el día , puede haber día normales que le den cierta esperanza pero de igual manera sigue con los días que se puede sentir desesperada.

- Irritable: Puede mostrarse irritable con otros niños, en ocasiones con su bebé, pero más recae en su pareja ya que siente falta de comprensión por lo que está sucediendo.
- Cansada: Cualquier mujer como madre puede sentirse cansada pero las mujeres con depresión pueden tener la sensación excesiva hasta sentirse enferma físicamente.
- Con insomnio: Aun estando cansada no puede dormir. La pareja se hizo cargo de la alimentación del bebe durante la noche y aun así se despierta al amanecer.
- Pérdida de apetito: Es común que se les olvide comer, provocando irritabilidad y débil, muchas mujeres comen para autosatisfacerse y luego sienten culpa por haber subido de peso.
- Incapaz : No disfrutar
- Pérdida del deseo sexual: La pareja después del parto tendrá deseos de tener relaciones sexuales pero la mujer no muestra ningún interés. Aclarando que puede haber pérdida de interés sexual por las molestias, dolor, cansancio o bien la adaptación a la nueva etapa, pero la depresión hace que desaparezca el deseo, y por la falta de información la pareja no entiende y eso hace que la mujer se sienta rechazada.
- Incapacidad de afrontar la maternidad: Durante el embarazo tiene mucha ilusión pero puede ser muy triste y doloroso ya que tiene sentimientos de no tener tiempo para nada, todo le sale mal, le es difícil organizar la rutina con el recién nacido.
- Culpable, Inútil: La depresión cambia los pensamientos y ver las cosas de forma negativa.
- Ansiedad, preocupación: que el bebé grite, se pueda ahogar, sentirse asustada si se queda

con el bebé a solas. No siente la conexión con él bebe, en vez de sentirse cercano a él, se siente alejada. Se le dificulta saber y comprender lo que el bebé siente o quiere.

Además, por ser primerizas existen sentimientos bastante fuertes de cariño hacia él/ella, puede experimentar ansiedad, pero cuando sufre de depresión, la preocupación se hace más intensa y se puede preocupar por diferentes razones como:

- Si el bebé está enfermo de alguna infección , temor : “ Muerte súbita”
- Si el bebé está llorando , o muy tranquilo , temor : “ Ha dejado de respirar”
- Temor en poder dañar al bebé
- Temor en dañar su propia salud. (p 493-510),

2.6. Consecuencias de la depresión mayor con inicio en el periparto

Según Alejandra Maldonado (2008), refiere que las consecuencias de la depresión puede ser la causa de desarrollar relaciones conflictivas entre el bebé y la madre. Lo que también afecta de gran manera es cuando las madres no depresivas se comparan con las madres que si presentan depresión, los hijos son más inseguros en la unión afectiva con sus principales cuidadores, provocando déficit emocional, cognitivo y conductual. Crea incomodidad y conflictos con la pareja, familia y medio social debido a la falta de comprensión, inestabilidad emocional, crea problemas sin sentido .La depresión con inicio en el periparto tiene consecuencias en la nutrición y desarrollo de enfermedades en el bebé.

Nathalie Nanzer (2015), refiere que la depresión mayor con inicio en el periparto interfiere en los vínculos familiares, entre madre, padre e hijo, y se ejemplifica cada uno a continuación:

- Para las madres cuando no es tratada puede durar meses o más, y en algunos casos puede convertirse en un trastorno depresivo crónico. Y esto afecta significativamente la vida de la madre para largo plazo.
- Para los padres tiene un efecto dominó y causar mucha tensión emocional en las personas que rodean al nuevo bebé. Es impresionante, cuando la madre se encuentra deprimida, el riesgo de depresión es mayor en el padre. Ambos padres tienen el riesgo de depresión y la relación se ve afectada.
- Para los niños los hijos de madres que padecen de depresión y no es tratada, ellos tienen problemas de comportamiento, emocionales, dificultades de comer, dormir, disfrutar actividades, llanto con exceso y puede causar retrasos en el desarrollo del lenguaje. Lo que padece la madre afecta al hijo en su desarrollo, tanto físico como emocional. (p 10-115).

Por tal razón es importante un tratamiento o apoyo preventivo o en la etapa que se encuentre para que pueda ayudarle en la salud mental de la madre, salud y desarrollo del infante , ya que es indispensable desarrollar las estrategias que ayudarán a disminuir la depresión en la mujer durante el embarazo y las consecuencias en el posparto. A continuación se estarán detallando escalas para la detección de depresión para prevenir y contribuir al bienestar de la mujer.

3. La terapia cognitivo conductual y las mujeres con depresión mayor

Es importante conocer sobre la historia, significado y herramientas que la terapia cognitivo conductual la cual aporta en el abordaje en mujeres con síntomas del trastorno de depresión mayor con inicio en el periparto. Es una aplicación clínica de la psicología ya que se fundamenta en principios y procedimientos que son comprobables los cambios. Dicha terapia trabaja sobre los aspectos a desarrollar en la personalidad sobre los procesos cognitivos conductuales a saber: intervención en salud que se ocupa de las respuestas físicas, cognitivas, emocionales y las conductas desadaptativas de carácter aprendido, en donde el individuo desarrolla la capacidad de ejercer control sobre los procesos que le estén afectado.

La terapia cognitivo conductual su característica principal refiere que la misma, se aplica en un mínimo de 5 sesiones y un máximo de 20. Es importante indicarle al paciente que dicha terapia es educativa y auto-evaluadora, ya que durante el proceso de aplicación se da la comprensión y validación de la terapia y las técnicas aplicadas. Por tal motivo es considerada como eficaz e influyente para las intervenciones. En cuanto a la comprensión sobre la escuela de la Terapia Cognitivo Conductual se amplía a más detalle en este capítulo, en el cual aporta información de la historia, autores y los cambios que surgen conforme pasa el tiempo.

3.1. Antecedentes de la terapia de conducta y de la terapia cognitiva

De acuerdo con Ángeles Ruiz (2013), en la actualidad existe diversidad de problemas conductuales que afecta a la humanidad, y se buscan soluciones, los procesos semejantes a la Terapia Cognitivo Conductual tienen una larga historia. En el primer siglo de la existencia de Roma, en ese tiempo trataban de curar a los alcohólicos colocando arañas muertas en descomposición en los vasos donde bebían. Y en este tiempo se le conoce a la técnica como condicionamiento aversivo. Y luego en el Siglo XVIII el “niño salvaje de Aveyron” le enseñaron a hablar con maniobras y técnicas que ahora se conocen como modelado, refuerzo de pensamiento positivo.

En el Siglo XIX en prisión, Alexander Maconchi practicaba lo que ahora se conoce como economía de fichas, con el objetivo de lograr adquirir que los prisioneros del Royal British Penal obedecieran las reglas estipuladas, agregando en el mismo siglo, el médico francés trató los pensamientos obsesivos con técnicas muy parecidas a lo que conocemos hoy como parada del pensamiento o inhibición recíproca. La Terapia Cognitivo Conductual aparece en la década de los 50 del siglo pasado permaneciendo aún como una disciplina joven.

La historia de la terapia cognitivo conductual está conectada con la historia de la psicología. Se sabe que la psicología se caracteriza como disciplina científica que surgió como parte de la revolución de varios filósofos europeos con mentalidad científica, ya que ellos abandonaron la filosofía e iniciaron con la psicología como una ciencia de la estructura de la mente y la conciencia. Su objetivo fue crear la psicología como una ciencia pura natural, con equidad de condiciones a otras ciencias, siendo su principal técnica de la mente la introspección personal estructurada. Es por ello que los primeros psicólogos fueron experimentales.

La escuela conductista fue influida por el positivismo lógico del Círculo de Viena, existió un grupo de filósofos que argumentaba y defendía la necesidad de traducir los conocimientos a nivel mundial a observaciones físicas. Los cuales eran observables ya que podían verificarse a través de ella. Uno de los representantes que más influyeron y era carismático es John B. Watson fue quien trató de convertir el condicionamiento pavloviano en la base de la psicología conductual.

Por otro lado, a partir de los años 70 la Terapia Cognitivo fue de gran impacto en la historia, dando relevancia a los factores cognitivos, existieron cambios en los conceptos y tratamiento de los problemas psicológicos. La terapia cognitivo ya existía desde la terapia conductual sin tener el reconocimiento, estaban integrados en las aplicaciones clínicas que se desarrolla desde el laboratorio; funciona como el uso de las representaciones mentales o la imaginación de situaciones tímidas. Diversos autores entre ellos del ámbito clínico, empiezan a crear consideración hacia los elementos cognitivos que tienen mayor relevancia en el mantenimiento, y cambio de conducta que se le otorga en ese momento en la terapia de conducta.

En este enfoque se desarrollan y difunden de una manera rápida la publicación de la obra Mahoney (1974) *Cognition and behavior modificativos*. Ya que muestra sobre la creación, también el libro de Meichenbaum, publicado en 1977 da un paso más sobre la orientación y para finalizar, el acta de notoriedad la levanta Granks y Wilson al confirmar el año 1976 como el año de la cognición. Uno de los rasgos más comunes y destacable de todos los modelos cognitivos es la consideración de la cognición como un elemento importante para poder determinar la conducta.

En la actualidad se puede mencionar que los modelos cognitivos aceptan la existencia de una causa multidimensional al momento del abordaje psicopatología y explicar el origen como las manifestaciones de los diferentes trastornos. Los procesos cognitivos no siendo tan suficientes, continúan siendo elementos que son consideramos más relevantes y determinantes del comportamiento. (Knapp y Beck, 2008).

De esta manera las terapias cognitivas crean siempre tratamientos basados en la formulación cognitiva del problema del paciente. Existen varios tipos de intervenciones, pero muchos psicólogos insisten que en el abordaje de los procesos cognitivos, ya que se enfoca en el comportamiento. El objetivo es lograr tener una mejor comprensión de los problemas clínicos a través del acercamiento más complejo y eso resultará más adecuado para el tratamiento.

3.2. Evolución de la terapia cognitivo conductual

Según Nicolás Hernández (2007), refiere que el enfoque de la terapia cognitivo conductual ha evolucionado y teniendo fusión para los diferentes abordajes de acuerdo a la problemática o trastorno. Durante el tiempo han existido nuevos desarrollos de análisis conductual aplicado, también conocidas como terapias contextuales y derivaciones de los modelos cognitivos, ambas influidos por teorías de aprendizaje constructivistas.

En la actualidad hace énfasis en la necesidad de acercarse a las bases epistemológicas que han guiado el quehacer terapéutico. Y que las terapias cognitivas se han ajustado a tres metáforas básicas que tratan de describir la naturaleza de las cogniciones:

- Metáfora del condicionamiento son cogniciones como conductas encubiertas (covariantes, Homme) y como auto-enunciados encubiertos. A través de ella se explica las técnicas del condicionamiento encubierto de Cautela o la técnica de parada de pensamiento de Mahoney.
- Metáfora del procesamiento de la información es propia de la segunda generación, considera la mente como una computadora y es la base de las terapias de reestructuración cognitiva (Beck y Ellis). Desde un punto de vista epistemológico estas terapias parten de la existencia de una realidad independiente del sujeto, que puede captarse de forma objetiva mediante un análisis lógico y racional de los datos (distorsiones de la realidad como problema).
- Metáfora de la narración constructiva articula las terapias cognitivas constructivistas y es propia de la tercera generación. No existe una realidad objetiva al margen de nuestros procesos de conocimiento (realidad como significados particulares del individuo). El papel del terapeuta será el de guiar al cliente y ayudarlo a ser consciente de cómo crea su realidad y de las consecuencias de esa construcción. La historia que construyen es lo verdaderamente relevante para el proceso adaptativo (no son los síntomas de la depresión, ira o ansiedad los que interfieren con el funcionamiento, sino lo que los pacientes se dicen y dicen a otros sobre sus reacciones).

Reda y Mahoney (2007), dividen las terapias cognitivas en dos grupos enfoques asociacionistas (Beck, Ellis, Meichenbaum) y enfoques constructivistas que plantean una concepción activa de la mente. El enfoque racionalista recogería los modelos de reestructuración cognitiva y los cognitivos conductuales.

El referente conceptual de los modelos constructivistas son las teorías evolucionistas y motrices de la mente (organismos como creadores y productos de su ambiente). Mahoney, impulso del constructivismo, considera que dicho enfoque permite:

- adoptar una visión más activa de la cognición frente a una más representacional y reactiva,
- enfatizar la existencia de procesos nucleares tácitos
- pensamientos, sentimientos y conducta que son expresiones interdependientes del ciclo vital.

Las terapias cognitivas son las más ampliamente utilizadas. Algunas de las críticas a las terapias cognitivas son las siguientes:

- La falta de definición e imprecisión en los términos utilizados desde el propio enfoque cognitivo (procesos, estructuras, productos),
- La deficiente sustentación en los conocimientos provenientes de la psicología cognitiva. Las terapias cognitivas surgieron poco antes, o al mismo tiempo, que los principales logros de la psicología cognitiva.
- La falta de datos sobre la existencia de cambios cognitivos reales en las estructuras, procesos y contenidos después de las terapias cognitivas, y
- Las dificultades metodológicas derivadas de la evaluación de las cogniciones y de los cambios producidos mediante procedimientos cognitivos.

Teniendo los datos de algunos precursores se puede decir que los primeros pioneros de la psicología, tal como se practica hoy en día se desarrolló en los años cincuenta y sesenta. A lo largo de los años setenta, las escuelas cognitivas y conductuales se unieron a los pensadores y profesionales en orientación cognitivo-conductual. A partir de los años ochenta y continúa hasta hoy, ha habido un mayor interés en la orientación cognitivo-conductual, debido a su demostrada eficacia y porque esta forma de tratamiento puede administrarse en un período más breve de tiempo que el psicoanálisis o la psicoterapia.

Existe mucha información sobre fechas, autores, datos de evolución, cambios, nuevas técnicas entre otros que es importante pero más se destacó información que es de suma importancia saberlo y lo esencial que es comprender la teoría y la aplicación para un abordaje de éxito.

3.3 Concepto de la terapia cognitivo conductual

Es importante tener conocimiento sobre el significado y funcionamiento de la terapia cognitivo conductual para poder comprender y así mismo la aplicación de las técnicas. Según Philip Timms (2007), refiere que es una manera de lograr entender cómo piensa uno acerca de si mismo, otras personas y todo lo que le rodea. Y cada acción afecta los pensamientos y sentimientos. La terapia cognitivo conductual ayuda a cambiar la forma de pensar (Cognitivo) y cómo actúa (Conductual), lo cual le ayudara a la persona a sentirse mejor. La Terapia Cognitivo Conductual se centra en problemas del aquí y ahora.

Se entiende que los pensamientos, creencias y actitudes afectan a los sentimientos y emociones y al comportamiento. Por lo tanto, esta forma de terapia combina distintos métodos derivados de la terapia cognitiva y de la terapia conductual. Quiere decir que la terapia cognitivo-conductual consiste en una batería de técnicas que se centran en enseñar al paciente una serie de habilidades para afrontar mejor los distintos problemas donde puede ayudar a cambiar la forma como se piensa (cognitivo) y como se actúa (conductual) y estos cambios pueden ayudar a sentirse mejor.

3.4 Técnicas de la terapia cognitivo conductual

Teniendo información sobre los antecedentes de la terapia y como lo cognitivo se relaciona con lo conductual y viceversa, siendo una terapia efectiva y apta para aplicar en clínica. La terapia cognitivo conductual está compuesta por una gran cantidad de técnicas las cuales son utilizadas para abordar problemáticas que requieran resolver y entre las más destacadas son:

Francisco Labrador (2001), refiere:

- Técnicas operantes el objetivo de estas técnicas es lograr la modificación de la conducta y consiste en proporcionar estímulos de forma ordenada a la paciente, con el objetivo que

esos mismos estímulos logren facilitar la modificación de la conducta que es el problema. Dentro de estas técnicas existen las siguientes: Técnicas operantes para el incremento y mantenimiento de las conductas, técnicas operantes para adquirir nuevas conductas y técnicas operantes para la eliminación o la reducción de conductas, dichas conductas son las del problema.

- Técnicas de exposición consiste en aproximar o exponer a la persona de forma adaptada y sistemática a esos estímulos que tiene temor o miedo y le generan ansiedad y de esta manera , conforme pasa el tiempo pueda ir afrontando y superando sus miedos. Entre las técnicas de exposición se mencionan: Exposición en vivo, exposición en imaginación y exposición simbólica.
- Relajación y desensibilización sistemática son procesos que ayudan a la paciente a reducir el estrés, la tensión física y mental y la ansiedad con el fin de encontrar un estado de calma, los tipos de relajación puede ser: Relajación progresiva, relajación autógena y técnicas de respiración.
- Técnicas de habilidades sociales y de afrontamiento las habilidades sociales son comportamientos que son aprendidos y que pueden modificarse y mejorar con técnicas de aprendizaje como: Entrenamiento con auto instrucciones, inoculación de estrés y resolución de problemas.
- Técnicas cognitivas estas técnicas su intención es modificar el pensamiento y las interpretaciones que se efectúan de las situaciones las cuales provocan malestar y/o conductas perjudiciales, entre las técnicas a utilizar son: Reestructuración cognitiva, detención del pensamiento y distracción.
- Técnica de biblioterapia
Ha sido definida por algunos autores como el uso de la literatura para ayudar a la gente a afrontar sus problemas emocionales, enfermedades mentales o cambios en sus vidas. El objetivo general de la biblioterapia es promover un cambio de conducta, cognitivo y/o

emocional en una dirección normativa y bien establecida. Esto implica la consecución de diferentes metas, entre las que destacamos las siguientes:

Ayudar a la gente a entenderse y conocerse mejor, contribuir a que se den cuenta de que no son los únicos que tienen un determinado problema, lo que hará disminuir su miedo a lo desconocido y el sentimiento de soledad, ayudarles a aprender estrategias para afrontar sus problemas y así disminuir sus frustraciones y conflictos, promover la independencia y la autoayuda, con lo que se consigue desarrollar un auto concepto más positivo de uno mismo.

- Técnicas de autocontrol la habilidad de autogestión es un gran elemento fundamental que permite ser autónomos y adaptarse con facilidad al medio en que se desenvuelven. Mantener la conducta y los pensamientos estables sin importar las situaciones y ser capaz de modificarlas es cuando es necesario. Algunas personas presentan dificultad para adaptar la conducta o la forma de pensar de la realidad en una forma adaptativa. Las técnicas adaptativas son utilizadas para facilitar el aprendizaje y los patrones de conducta impulsivos pueden cambiar, ya que el entrenamiento consiste en fortalecer las habilidades de autocontrol, y así controlar los problemas de cualquier índole.

Es importante mencionar que cualquier mujer que tenga síntomas de depresión mayor con Inicio en el periparto o bien los familiares y amigos se percaten de ello, puedan obtener información útil para que puedan animar a la futura madre o madre a recibir atención y apoyo con lo que siente y lo cambios que esto conlleva.

En primer lugar la mujer al tener un hijo se deprime, puede ser durante el embarazo y se confirma cuando continúa después de haber tenido al bebé. Una persona que brinda servicios médicos tiene la facultad de poder verificar si se trata del trastorno o bien de otro factor que le puede estar afectando. La mujer al manifestar algunos de los síntomas ya mencionados debe recurrir a buscar ayuda.

3.5 Escalas de detección

Es importante utilizar herramientas de evaluación para la detección del trastorno de depresión con inicio Periparto y la escala de gravedad para brindar un tratamiento optimo a la paciente. Las escalas que se presentan a continuación son esenciales aplicarlas para poder conocer el medio en que se desenvuelve, gravedad de signos y síntomas, estado anímico, molestias, problemas, ideación suicida entre otros para la identificación y así lograr tener un abordaje adaptable a la necesidad. Irma Rojas (2014) detalla las siguientes escalas para mejor referencia:

Escala de Depresión Posparto De Edimburgo

Objetivo: Identificar si los síntomas o signos que la paciente indica tener son reales y si de acuerdo a sus respuestas se confirma si tiene o no el trastorno. Instrucciones para las madres al momento de dar las instrucciones en el salón: Como hace poco usted tuvo un bebé, nos gustaría saber cómo se ha estado sintiendo. Por favor marque en un círculo el número correspondiente a la respuesta que más se acerca a como se ha sentido en los últimos 7 días.

Cuadro No. 1
Escala de Depresión Postparto De Edimburgo

No.	CONDUCTAS	ALTERNTIVAS	PUNTAJE	
			2 meses	6 meses
1	He sido capaz de ser y ver el lado divertido de las cosas	Tanto como siempre	0	0
		No tanto como ahora	1	1
		Mucho menos ahora	2	2
		No, nada	3	3
2	He disfrutado mirar hacia delante	Tanto como siempre	0	0
		Menos que antes	1	1
		Mucho menos que antes	2	2
		Casi nada	3	3
3	Cuando las cosas han salido mal me he culpado a mí misma innecesariamente	Sí, la mayor parte del tiempo	3	3
		Sí, a veces	2	2
		No, con mucha frecuencia	1	1
		No, nunca	0	0
4	He estado nerviosa o inquieta sin tener motivo	No, nunca	0	0
		Casi nunca	1	1
		Sí, a veces	2	2
		Sí, con mucha frecuencia	3	3
5	He sentido miedo o he estado asustadiza sin tener motivo	Si, bastante	3	3
		Sí, a veces	2	2
		No, no mucho	1	1
		No, nunca	0	0
6	Las cosas me han estado abrumando	Sí, la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto	0	0
		Sí, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre	1	1
		No, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien	2	2
		No, he estado haciendo las cosas tan bien como siempre	3	3
7	Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir	Sí, la mayor parte del tiempo	3	3
		Sí, a veces	2	2
		No con mucha frecuencia	1	1
		No, nunca	0	0

8	Me he sentido triste o desgraciada	Sí, la mayor parte del tiempo	3	3
		Sí, bastante a menudo	2	2
		No con mucha frecuencia	1	1
		No, nunca	0	0
9	Me he sentido tan desdichada que he estado llorando	Sí, la mayor parte del tiempo	3	3
		Sí, bastante a menudo	2	2
		Sólo ocasionalmente	1	1
		No, nunca	0	0
10	Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño	Sí, bastante a menudo	3	3
		A veces	2	2
		Casi nunca	1	1
		Nunca	0	0
Total				

INTERPRETACIÓN

- Una puntuación de 11 o más puntos indica sospecha de depresión posparto
- Cualquier puntaje distinto de "0" en la pregunta 10, requiere de evaluación adicional dentro de 24 horas

Fuente : Obtenido de la British Journal of Psychiatry [Revista Británica de Psiquiatría] Junio de 1987, Volumen 150 por J.L. Cox, J.M. Holden, R. Sagovsky

De acuerdo a los resultados de la escala algunas mujeres presentan síntomas que con la terapia pueden modificar y cambiar para tener un embarazo controlado y sobre llevar la relación con su bebé y familia.

Cuestionario de salud de Goldberg – GHQ 121

Objetivo medir la problemática actual y no situaciones del pasado. Se enfoca en lo que sucede con la futura madre /madre con el fin de identificar si hay o no patología de la situación actual. En el salón donde se encuentran las mujeres se dan las instrucciones como sigue: Lea cuidadosamente estas preguntas. Nos gustaría saber si usted ha tenido algunas molestias o

trastornos y cómo ha estado de salud en las últimas semanas. Se quiere saber los problemas recientes y actuales, no los del pasado.

Cuadro No. 2
Cuestionario de salud de Goldberg – GHQ 121

No.	CONDUCTAS	ALTERNATIVAS	PUNTAJE
1	¿Ha podido concentrarse bien en lo que hace?	Mejor que lo habitual	0
		Igual que lo habitual	0
		Menos que lo habitual	1
		Mucho menos que lo habitual	1
2	¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?	Mejor que lo habitual	0
		Igual que lo habitual	0
		Menos que lo habitual	1
		Mucho menos que lo habitual	1
3	¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?	Mejor que lo habitual	0
		Igual que lo habitual	0
		Menos que lo habitual	1
		Mucho menos que lo habitual	1
4	¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?	Mejor que lo habitual	0
		Igual que lo habitual	0
		Menos que lo habitual	1
		Mucho menos que lo habitual	1
5	¿Se ha sentido constantemente agobiado y en tensión?	No, en absoluto	0
		No más que lo habitual	0
		Bastante más que lo habitual	1
		Mucho más	1

6	¿Ha sentido que no puede superar sus dificultades?	No, en absoluto	0
		No más que lo habitual	0
		Bastante más que lo habitual	1
		Mucho más	1
7	¿Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales cada día?	Más que lo habitual	0
		Igual que lo habitual	0
		Menos capaz que lo habitual	1
		Mucho menos	1
8	¿Ha sido capaz de hacer frente a sus problemas?	Más capaz de lo habitual	0
		Igual que lo habitual	0
		Menos capaz que lo habitual	1
		Mucho más	1

9	¿Se ha sentido poco feliz y deprimido?	No, en absoluto	0
		No más que lo habitual	0
		Bastante más que lo habitual	1
		Mucho más	1
10	¿Ha perdido confianza en sí mismo?	No, en absoluto	0
		No más que lo habitual	0
		Bastante más que lo habitual	1
		Mucho más	1
11	¿Ha pensado que usted es una persona que no vale la pena?	No, en absoluto	0
		No más que lo habitual	0
		Bastante más que lo habitual	1
		Mucho más	1
12	¿Se siente razonablemente feliz considerando todas las circunstancias?	Más feliz que lo habitual	0
		Aproximadamente lo mismo que lo habitual	0
		Menos feliz que lo habitual	1
		Mucho menos que lo habitual	1

INTERPRETACIÓN

0 a 4 puntos: ausencia de psicopatología

5 a 6 puntos: sospecha de psicopatología subumbral

7 a 12 puntos: indicativos de presencia de psicopatología

Fuente: Trucco M. Larraín S. Campusano

De acuerdo a los resultados de la escala algunas mujeres se tiene sospecha de psicopatología subrumbral (son síntomas del trastorno pero no cumple con todos los criterios) y 3 mujeres si presentan patologías. Ya teniendo la identificación se trabaja de acuerdo a los síntomas o trastorno confirmado para el abordaje clínico apto.

Cuestionario Montgomery-Asberg Depression Rating Scale

Objetivo el objetivo de esta escala es poder medir la intensidad o ausencia de la gravedad del síntoma. Y al dar las instrucciones se especifica la modalidad de seleccionar la intensidad del síntoma. Esta escala es dirigida y utilizada para Población general. Es una escala heteroadministrada mediante entrevista. Este instrumento consta de 10 ítems relativos a 10 síntomas depresivos distintos. Cada ítem se puntúa con una escala tipo Likert (0: ausencia del síntoma - 6: máximo nivel de gravedad del síntoma. La puntuación total se obtiene de la suma de todos los ítems. Se considera que una puntuación inferior a 10 puntos indica la ausencia del trastorno depresivo.

Cuadro No. 3

Cuestionario Montgomery-Asberg Depression Rating Scale

CUESTIONARIO MONTGOMERY-ASBERG DEPRESSION RATING SCALE

1. Tristeza observada

Representa el abatimiento, la melancolía y la desesperación (algo más que una simple tristeza normal y pasajera) que se refleja en la manera de hablar, la expresión facial y la postura. Evalúe el grado de incapacidad para animarse.

- 0. Sin tristeza
- 1.
- 2. Parece decaído pero se anima sin dificultad
- 3.
- 4. Parece decaído la mayor parte del tiempo
- 5.
- 6. Parece siempre desgraciado
Extremadamente abatido.

2. Tristeza declarada por el paciente.

Representa un estado de ánimo depresivo que se siente, sin tener en cuenta si se refleja en la apariencia o no. Incluye tristeza, abatimiento o el sentimiento de que no hay esperanza y nada ni nadie puede ayudarle. Evalúe de acuerdo con la intensidad, la duración y la medida en que el estado de ánimo se ve influido por los acontecimientos.

- 0. Tristeza esporádica según las circunstancias.
- 1.
- 2. Triste o decaído/a pero se anima sin dificultad
- 3.

-
- 4. Sentimientos generalizados de tristeza o melancolía. El estado de ánimo todavía se ve influido por circunstancias externas
 - 5.
 - 6. Abatimiento, desdicha o tristeza continuada o invariable

3. Tensión interna

Representa sentimientos de malestar mal definidos, irritabilidad, confusión interna y tensión mental hasta llegar al pánico, terror o angustia. Evalúe de acuerdo con la intensidad, frecuencia, duración y la medida en que se busca consuelo.

- 0. Apacible. Sólo tensión interna pasajera.
- 1.
- 2. Sentimientos ocasionales de nerviosismo y malestar indefinido.
- 3.
- 4. Sentimientos continuados de tensión interna o pánico intermitente que el sujeto sólo puede dominar con alguna dificultad.
- 5.
- 6. Terror o angustia tenaz. Pánico irresistible.

4. Sueño reducido.

Representa la reducción de la duración o profundidad del sueño comparada con las pautas normales del sujeto cuando se encuentra bien.

- 0. Duerme como siempre.
- 1.
- 2. Ligera dificultad para dormirse o sueño ligeramente reducido, sueño ligero o perturbado.
- 3.
- 4. Sueño reducido o interrumpido durante al menos 2 horas
- 5.
- 6. Menos de 2 ó 3 horas de sueño

5. Apetito reducido

Representa la sensación de pérdida de apetito comparada con el que tiene cuando se encuentra bien. Evalúe según la pérdida del deseo por la comida o la necesidad de forzarse a sí mismo para comer.

- 0. Apetito normal o aumentado.
- 1.
- 2. Apetito ligeramente reducido
- 3.
- 4. Sin apetito. La comida es insípida.
- 5.
- 6. Necesita persuasión para comer algo.

6. Dificultades para concentrarse

Representa las dificultades para centrar los pensamientos en algo hasta llegar a la falta de concentración incapacitante. Evalúe según la intensidad, frecuencia y grado de incapacidad resultante.

- 0. Ninguna dificultad para concentrarse.
- 1.
- 2. Dificultades ocasionales para centrar los pensamientos.
- 3.
- 4. Dificultades para concentrarse y seguir una idea que reduce la capacidad de leer o mantener una conversación.
- 5.
- 6. Incapaz de leer o mantener una conversación si no es con gran dificultad.

- 0. Interés normal por el entorno y por otras personas.
- 1.
- 2. Menor capacidad para disfrutar de las cosas que normalmente le interesan.
- 3.
- 4. Pérdida de interés por el entorno. Pérdida de sentimientos respecto a los amigos conocidos.
- 5.
- 6. La experiencia de estar emocionalmente paralizado, incapacidad para sentir enfado, pena o placer y una total o incluso dolorosa falta de sentimientos hacia los parientes próximos y amigos.

9. Pensamientos pesimistas.

Representa los pensamientos de culpabilidad, inferioridad, autorreproche, pecado, remordimiento y ruina.

- 0. Sin pensamientos pesimistas
- 1.
- 2. Ideas variables de fracaso, autorreproche o autodesprecio.
- 3.
- 4. Autoacusaciones persistentes o ideas definidas, pero aún racionales, de culpabilidad o pecado. Cada vez más pesimistas respecto al futuro.

7. Lasitud.

Representa la dificultad para empezar algo o la lentitud para iniciar y realizar las actividades diarias.

- 0. Casi sin dificultad para empezar algo. Sin apatía.
- 1.
- 2. Dificultades para empezar actividades.
- 3.
- 4. Dificultades para empezar actividades rutinarias sencillas que se llevan a cabo con esfuerzo.
- 5.
- 6. Lasitud total. Incapaz de hacer nada sin ayuda.

8. Incapacidad para sentir.

Representa la experiencia subjetiva de un menor interés por el entorno o por actividades que habitualmente dan placer. La capacidad para reaccionar con la emoción adecuada a las circunstancias o personas se ve reducida.

- 5.
- 6. Alucinaciones de ruina, remordimiento o pecado irredimible. Autoacusaciones que son absurdas o inquebrantables.

10. Pensamientos suicidas.

Representa el sentimiento de que no vale la pena vivir, que desearía que le llegara una muerte natural, pensamientos suicidas y preparativos para el suicidio. Los intentos de suicidio en sí no deberán influir en la evaluación.

- 0. Disfruta de la vida o la acepta tal como viene.
- 1.
- 2. Cansado de vivir. Sólo pensamientos suicidas pasajeros.
- 3.
- 4. Probablemente estaría mejor muerto. Los Pensamientos suicidas son habituales y se considera el suicidio como una posible solución, pero sin ninguna intención o plan específico.
- 5.
- 6. Planes explícitos de suicidio cuando se presente una oportunidad. Preparativos activos para el suicidio.

Fuente : *R. MARTINEZ GALLARDO, **M. BOURGEOIS, *F. PEYRE, "A. LOBO ,Depression, Psychometry, Madrs scale, Psychopathological scales, Depression Quantification, Sensitivity to change. (Rev. Assoc. Esp. Neuropsiq. 1991; 11: 9-14)

De acuerdo a los resultados las mujeres se encuentran en el rango de depresión leve o alguna únicamente sintomatología no cumpliendo con todos los criterios para un diagnóstico, y se brinda un abordaje individual para mejorar en las diferentes áreas de su vida.

Evaluación sobre la ideación suicida que pueda tener la paciente

Objetivo este cuestionario debe ser aplicable en cualquier tipo de indicios a algún trastorno o problemática de la vida cotidiana. Este tipo de cuestionarios se aplica para Población general. Se trata de un cuestionario auto administrado de 15 preguntas, con respuesta SI-NO. En los ítems positivos (2, 4, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20), cada respuesta afirmativa puntúa 1, mientras que en los ítems negativos (El resto) la respuesta negativa puntúa 1. El total es la suma de las puntuaciones de todos los ítems. El punto de corte propuesto son 6 puntos. INSTRUCCIONES: Las siguientes preguntas tratan sobre cosas que Vd. ha sentido o hecho. Por favor conteste cada pregunta simplemente con un "SÍ" o "NO".

Cuadro No. 4

Evaluación sobre la ideación suicida que pueda tener la paciente

	SÍ	NO
1. ¿Toma de forma habitual algún medicamento como aspirinas o pastillas para dormir?		
2. ¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?		
3. ¿A veces nota que podría perder el control sobre sí mismo/a?		
4. ¿Tiene poco interés en relacionarse con la gente?		
5. ¿Ve su futuro con más pesimismo que optimismo?		
6. ¿Se ha sentido alguna vez inútil o inservible?		
7. ¿Ve su futuro sin ninguna esperanza?		
8. ¿Se ha sentido alguna vez fracasado/a, que sólo quería meterse en la cama y abandonarlo todo?		
9. ¿Está deprimido/a ahora?		
10. ¿Está Vd. separado/a, divorciado/a o viudo/a?		
11. ¿Sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse alguna vez?		
12. ¿Alguna vez se ha sentido tan enfadado/a que habría sido capaz de matar a alguien?		
13. ¿Ha pensado alguna vez en suicidarse?		
14. ¿Le ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería suicidarse?		
15. ¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?		

Fuente: Chile, Ministerio de Salud. Programa Nacional de Prevención del Suicidio: Orientaciones para su Implementación: (MINSAL, 2013).

Cada escala es una herramienta de evaluación para aplicar técnicas de acuerdo a la necesidad. Y ya con los resultados, por medio de la entrevista clínica, se procede con el abordaje a continuación se detalla:

3.6. Abordaje clínico para la depresión mayor con inicio en el periparto

Antes de iniciar el abordaje es importante indicarle a la futura madre que visite a su médico para realizar el respectivo chequeo con el objeto de verificar el bienestar del bebé y como también de ella. Ya que lo recomendable es tener acompañamiento tanto médico como terapéutico. Se lleva a cabo el abordaje clínico el cual inicia luego de seleccionar a un grupo de mujeres en estado de gestación o bien que ya sean madres. Se selecciona donde se llevará a cabo cada sesión, se realiza

entrevista para obtener información esencial con el fin de conocer a cada mujer, por lo tanto durante la entrevista es importante prestar atención a la expresión corporal de cada participante, debido a que se obtiene información la cual corrobora si lo que está relatando tiene relación a sus expresiones. Se proporciona a cada participante información breve relacionada con el trastorno y los síntomas, como también sobre la terapia que se recibe para tratar los síntomas. Así mismo dentro del proceso se aplican las siguientes escalas: escala de depresión posparto de Edinburgo, la cual tiene como propósito conocer el estado emocional y comportamiento de las mujeres, se logra identificar el diagnóstico o descartar el trastorno.

Así también el cuestionario de salud Goldberg- GHQ 121, permite conocer el estado actual de cada mujer, posterior se aplica el Cuestionario Montgomery-Asberg Depression Rating Scale, el cual proporciona el nivel de gravedad de los síntomas y por último es importante la escala sobre la ideación suicida, tiene como objetivo evitar o bien reforzar a cada mujer en lo que siente y comportamiento. Cabe mencionar que cada prueba aporta información importante sobre los temas que se tiene previsto abordar durante el proceso terapéutico, tomando en cuenta que cada persona manifiesta la sintomatología de forma diferente.

Es importante resaltar que la terapia cognitivo conductual, se centra en cómo los procesos de pensamiento influyen en las emociones y conductas y viceversa. Por tal motivo se guía a la madre para que identifique, posterior modifique los pensamientos negativos e irracionales. Para que logre comprender cómo su forma de abordar e interpretar la realidad, provoca el estado depresivo, no la realidad en sí, se combinan técnicas destinadas a aumentar su actividad, que aborda dificultades del presente.

La forma que se aborda a la paciente y teniendo como propósito que se sienta cómoda, se le proporciona una hoja informativa con preguntas interactivas para conocerse e identificar sus sentimientos, emociones, pensamientos y acciones. Se utiliza para tal caso la biblioterapia, se promueve que las mujeres puedan hacer cambios de conducta con la información detallada sobre el embarazo, que conozca cambios físicos y emocionales, síntomas del trastorno de depresión mayor con inicio en el parto.

Se obtiene que la mente esté informada, siendo más útil para aplicación de las otras técnicas. Si algunas de las mujeres presentan dudas de la manifestación de los síntomas y se le aclara. Es importante para la mujer en estado gestación o bien ya tenga a su bebé, utilice la técnica de biblioterapia, lo cual permite tener tiempo para distraerse, se conecte con otras personas, conversar, compartir experiencias y finalmente estar cómoda.

Logra aclarar que lo que sienten puede ser normal, como también escuchar experiencias más fuertes le permita desarrollar apoyo entre ellas, la técnica de habilidad social y afrontamiento se aplica para que modifique y mejore en cuanto a sus acciones, asuntos familiares y conflictos. Se elabora un listado de situaciones o acciones que no son aptas, posterior se realiza autoinstrucciones, consistente guiarse a sí misma a llevar acciones positivas, para eliminar las acciones negativas con ello converse, con la persona con que tenga conflicto y logra soluciones.

Se realiza autoevaluación con lluvia de ideas, es decir escribir en un cuaderno de trabajo, cómo se ha sentido durante la semana, como también si se pudo hacer la técnica y sus complicaciones. Se percibe que los cambios en cada persona fueron positivos ya que muchas participantes logran identificar esas situaciones o síntomas que provocan molestia, dichas acciones de cambio lograron modificar la relación familiar, conyugal, así también consigo misma, relacionado a los pensamientos internos y conocer más su cuerpo como también los cambios, y que logre disfrutar de la etapa con su bebé.

La sintomatología expuesta por cada participante, incluye: dificultad para relacionarse con el bebé, pérdida de apetito o consumir alimentos en exceso, no disfrutar de las actividades diarias, como también presenta ansiedad y ataques de pánico. Por lo que el trabajo es mediante fichas, que permite escribir y plantea objetivos para adquirir nuevas conductas. Entre las que se lleva a la práctica son, confianza en las capacidades, disfrutar la etapa que está viviendo, realizar actividades que provocan satisfacción, aprender a pedir ayuda cuando la persona experimente pánico o miedo que pueda pasarle algo al bebé, y concientizar sobre la buena alimentación por el bien propio y del bebé.

Se deja como tarea para casa las fichas, con el objeto que se lleve a la práctica durante la semana. Se continúan con lecturas de su gusto, que tiene como objetivo finalizar de leer revistas o libros; las técnicas operantes ayudan a modificar la conducta y estimula a la paciente de forma ordenada. Para el estado de ánimo deprimido o cambios de estado de ánimo drásticos, llanto excesivo, aislamiento de familiares y amigos se aplica la técnica de habilidad-placer (dominio-agrado) y caja de herramientas, se tiene como objetivo, realizar registro en una escala de 1 a 5 cuál es el agrado y dominio de actividades diarias.

La habilidad o dominio se refiere al sentido de logro obtenido al realizar una tarea determinada y el agrado se refiere a los sentimientos de placer, diversión o alegría de acuerdo a la actividad que se realiza. Lo cual permite que la paciente realice actividades con propósito, y obtenga mejorar el estado de ánimo, como también la convivencia familiar y social, y el tiempo para para sí misma, no dejando de lado mejorar la relación con el conyugue, potenciando la capacidad para solucionar problemas con más tranquilidad.

Se trabaja los siguientes temas, miedo a no ser buena madre, sentimientos de inutilidad y pensamientos de lastimarse a ella misma o al bebé. Se utiliza la técnica de lo negativo a lo positivo, la cual tiene como objetivo, identificar los pensamientos o ideas no adecuadas y transformarlos a positivos. Genera más control sobre ellos, lo cual no permite que cada aspecto negativo no le permita disfrutar la vida.

Durante el proceso se aborda la técnica, del contrato conductual, consiste en una caja de herramientas, donde se plasma el compromiso de eliminar o disminuir los pensamientos o emociones no deseadas, para fortalecer los deseados. Se realiza la práctica de la técnica, de cuentos de reflexión y auto refuerzo, siendo el objetivo, hacer acciones o verbalizaciones de auto-recompensa frente al reconocimiento de logros en tareas específicas. Se utiliza cuento de reflexión: Hacer Café; afrontar las adversidades, se logra que de la crisis se obtenga un cambio positivo. Con este tipo de reflexión se logra que la paciente piense, analice, y reflexione sobre situaciones. Debido a que durante esta etapa aprenda a disfrutar y de lo negativo obtenga algo positivo.

Además de los síntomas antes mencionados, se trabaja disminución de la capacidad de pensar con claridad, concentrarse o tomar decisiones, inquietud e irritabilidad y enojo intensos. Para estos síntomas se utiliza la técnica de relajación y desensibilización sistemática, con el fin de reducir el estrés, ansiedad, por medio de música instrumental antes de dormir, en situaciones de estrés elaborar con papel bond o periódico, arrugarlo, como también hacer respiraciones acompañadas de palabras positivas, lo cual permite que la persona se sienta tranquila, pensar antes de actuar, y lograr tranquilidad para disfrutar el embarazo o el bebé.

Otra técnica utilizada es el árbol de los frutos, el propósito es, que la paciente reflexione sobre los logros, cualidades positivas analizando la imagen y reforzar. Por medio de esta técnica la futura madre o la madre utiliza cumplidos y reconoce la capacidad que tiene, y potencia los cambios que ha realizado durante el proceso, además refuerza la confianza en sí misma de ser buena madre, valora el entorno social, familiar para apoyarle.

Se observa durante el proceso los cambios, se obtiene evidencia que las participantes no se sienten solas, experimentan seguridad, ánimo, y logran disfrutar más la etapa de embarazo y el bebé. Se invita a continuar con el proceso, con el objetivo de continuar potenciando a las pacientes y que cada una se sienta tranquila, segura, valiente, esforzada durante el proceso de ser madre.

Es importante al tener toda la información y saber identificar lo que sucede al momento de la gestación en el durante y después, existen estrategias para poder prepararse, con disminuir la intensidad de los síntomas o bien no padecer el trastorno y sus síntomas. Y a continuación se detallan algunas estrategias para que se puedan poner en práctica y se verán resultados de bienestar.

3.7 Estrategias preventivas

Existen algunas estrategias preventivas para poder disminuir la depresión mayor con inicio en el periparto, así mismo es importante tomarlas en cuenta para poder mejorar en las diferentes áreas afectadas. Raul Cacho (2015), refiere que es importante:

- Prepararse para la maternidad al tener la noticia que será madre, ya tiene ideas de lo que puede suceder después, para esta etapa la futura madre puede optar por cursos de preparación al parto, para mejorar el estado anímico y así recibirá ayuda para conocerse cómo evoluciona y los cambios que esto conlleva.
- Cuidar alimentación, las mujeres en gestación tienen diferencias reacciones en cuanto a la alimentación, se preocupan mucho durante la gestación y pueden llegar al extremo de comer alimentos que no les es apetecible pero lo hacen por el bien del bebé. Sin embargo muchas mujeres ignoran o se descuidan antes, durante y después del parto, ya que para alimentar al bebé necesitará de buen alimento. Importante una dieta equilibrada en frutas, verduras, cereales, entre otros que recomienda una nutricionista.
- Descansar cuando el bebé duerme, todos los médicos recomiendan a las madres descansar mientras el bebé duerme pero la mayoría hace lo contrario, aprovechan el tiempo para hacer tareas de casa, ordenar, y así con el tiempo acumulan cansancio. Las madres que tienen la capacidad de recuperar el sueño perdido tienen probabilidades de no sufrir depresión. Ya que cuando los bebés lloran las madres están relajadas y toman el control.
- Establecer prioridades, dentro de la etapa de ser madre, tanto la madre como el padre deben concienciarse que durante las próximas semanas la casa cambiará y se podría decir que será un caos. Pueden ser flexibles ya que no será posible mantener todo igual a como lo tenían antes. Cada bebé sigue diferente ritmo, las tareas domésticas pasan a segundo plano y prioridad es el bebé y la madre.

- Admitir ayuda, se sabe que un bebé necesita atención siempre, las primeras semanas pueden ser difíciles ya que la madre necesitan descansar. Ella no puede hacer todo sola, y es aquí donde tiene que aprender a delegar y la compañía que es importante de un ser querido que esté dispuesto en ayudar con tareas de casa o bien buscar ayuda y efectuar pago.
- Reservar un tiempo propio, es conveniente que la madre busque tiempo para ella misma, que pueda salir de compras sin el bebé aunque lo extrañe. No quedarse en casa con pijama, ideal aprender a consentirse, verse bien, vestuario cómodo. Cuando hay exceso de sacrificio no trae nada bueno más que cansancio e irritación. Por tal razón es importante que se sienta bien consigo misma y hacer otras actividades.
- Hablar con otras madres, es importante escuchar otras experiencias y que se exprese, no mencionaran como alimentar al bebé o cómo hacerlo sentir bien sino que habrá comprensión de cómo se sienten. Existen grupos de postparto donde pueden ir acompañadas del bebé o bien cursos de estimulación para el bebé ya que se puede potenciar la relación y al mismo tiempo comparten sus experiencias y habrán sentimientos de felicidad y frustración. Ser mamá no significa estar sola en casa sino siempre tratar de mantener contacto con otros adultos.
- Hacer ejercicio, muchas mujeres hacen ejercicio durante y después del embarazo y se sienten bien emocionalmente y son más sociales. Ya que el deporte lo que hace es liberar endorfinas y ayudar a distraerse. Importante que el tipo de ejercicio se debe enfocar más en estimular al cuerpo y no a quemar calorías o tensar el abdomen. O simplemente con salir a caminar y disfrutar de la naturaleza.
- No pretender ser madre perfecta, toda persona comete errores, pero la mayoría de las madres que sufren depresión Mayor con Inicio en el periparto son perfeccionistas y existen sentimientos de frustración, culpa por no hacer todo bien o se comparan con otras madres. Es fundamental que la madre no pueda caer en la tentación de ser madre perfecta, muchas veces

quedarán pendientes. Por eso se recomienda hacer prioridades y tomar en cuenta que el bebé necesita una madre feliz, no perfecta.

Conclusiones

Se concluye que la terapia cognitivo conductual es eficaz para minimizar los síntomas que presentan las mujeres que padecen del trastorno de depresión mayor con inicio en el periparto, ya que se evidenció que con la aplicación de las terapias lograron un comportamiento adaptativo al reestructurar la manera de pensar del conflicto manifestado. Por tal motivo sirva el presente artículo científico como un aporte a futuras generaciones que realicen investigaciones sobre el tema objeto de estudio.

Los resultados del presente estudio indicaron que las escalas de detección ayudan a descubrir en tiempo, el trastorno de depresión mayor con inicio en el periparto que sufren las mujeres, a través de recibir el tratamiento adecuado cuando se manifiestan los síntomas. Por consiguiente el aporte sobre dicha temática, es importante que se retome en futuras investigaciones.

El presente estudio determinó que las mujeres que son objeto de la maternidad a edad temprana y /o madres solteras, para recuperar la fortaleza en formar lazos significativos para toda la vida, deben de apoyarse en un tratamiento psicoterapéutico y en personas cercanas como estrategia preventiva para disminuir la depresión mayor que se da en el inicio en del periparto. Sea utilizado los aportes brindados sobre la efectividad de la aplicación de terapia cognitivo conductual en mujeres con síntomas de trastorno de depresión mayor con inicio en el periparto.

De acuerdo a lo expuesto en el artículo científico; se concluyó que la identificación del trastorno de depresión mayor con inicio en el periparto, se hace indispensable que la mujer este consciente de la sintomatología y los signos que presentan durante el desarrollo de dicho trastorno, para recibir el tratamiento de la escuela cognitivo conductual que durante las investigaciones realizadas se comprobó que es funcional como apoyo para sobrellevar la situación y así lograr afianzar la relación con el bebé y su familia.

Referencias

- Beck, A., Rush, J., Shaw, B. y Emery, G. (1979). *Terapia cognitiva de la depresión*. Editorial Desclée de Brouwer. Bilbao.
- Carro T, Sierra JM, Hernández J, Ladrón E, Antolín E. (2000) *Trastornos del estado de ánimo en el postparto*. Soria
- CENETEC. (2014). *Prevención, diagnóstico y Manejo de la depresión Prenatal) y Posparto* . México DF.
- Dr. Jorge A. Carvajal C. PhD & Dra. Constanza Ralph T. (VIII EDICIÓN 2017). *Manual de Obstetricia y Ginecología*. Chile.
- Elisardo Becoña Iglesias & Luis A. Oblitas Guadalupe (2005). *Terapia Cognitivo Conductual, antecedentes y técnicas*. Universidad de Santiago de Compostela España, Universidad Intercontinental México.
- J. Martín Maldonado – Durán & Organización Panamericana de la Salud (2011). *Saludos Mental Perinatal*. Washington D.C.
- Martín Maldonado –Duran, Jm Saucedo – García & Teresa Lartigue (2008). *Perinatología y Reproducción Humana*. México
- Robinbook, E. (2004). *La depresión*. (2ª. ed.) Ediciones Robinbook. Barcelona. España.
- Ricardo F. Muñoz, Sergio Aguilar-Gaxiola, John Guzmán, Jeannette Rosselló & Guillermo Bernal (2007) *Manual de tratamiento para la terapia Cognitivo-Conductual de la depresión*. Puerto Rico.

Rojas G, Fritsch R, Solís J, González M, Guajardo V, Araya R. (2006) *Calidad de vida de mujeres deprimidas en el postparto*. Chile

Urteaga, G. (2004). *Cómo Vencer la depresión*. Madrid España. Editorial Akal.

Vargas-Mendoza JE, García-Jarquín M. (2009). *Depresión postparto: presencia y manejo psicológico*. Centro Regional de Investigación en Psicología.

Vásquez C., Hernangómez L. y Hervas G. (2006). *Modelos cognitivos de la depresión: Su aplicación al estudio de las fases tempranas*. Universidad Complutense. Madrid España.